

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

VOL. XVI

ABRIL DE 1955

N.º 10

Sumário:

	Pág.
<i>Fibroma e gravidez ectópica</i> — Dr. WALDEMAR MACHADO	147
<i>Lesiones ano rectales por empalamiento</i> — Dr. JORGE LUÍS CURUTCHET	152
<i>Sanatório São Lucas</i> — Operações realizadas em 1954	157



Sanatório São Lucas

Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do
DR. ADHEMAR NOBRE

pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO



Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

DIRETORIA 1955-1956

Presidente :

DR. NELSON RODRIGUES NETO

Vice-Presidente :

DR. JACYR QUADROS

Primeiro Secretário :

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário :

DR. ADHEMAR NOBRE

Primeiro Tesoureiro :

DR. LUIZ BRANCO RIBEIRO

Segundo Tesoureiro :

DR. ROBERTO DE LUCCA

Bibliotecário :

DR. ENRICO RICCO

Conselho Consultivo :

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

DR. MOACYR BOSCARDIN

DR. PAULO GIOVANNI BRESSAN

DR. ADEMAR ALBANO RUSI



BOLETIM

DO

SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XVI

ABRIL DE 1955

N.º 10

Fibroma e gravidês ectópica

Dr. WALDEMAR MACHADO

*Chefe da Seção de Maternidade do Sanatório São Lucas;
Obstetra e Ginecologista da C.A.F. de Serviços Públicos em São Paulo.*

Observação de um caso bastante interessante e que se presta a comentários, principalmente no que se refere ao diagnóstico, levou-nos a trazê-lo ao conhecimento de todos, de modo a podermos colher os ensinamentos oriundos da sua discussão.

A observação da paciente é a seguinte: A. G., branca, 38 anos, brasileira, casada, doméstica. Veio à consulta no dia 18-8-54, enviada por colega, queixando-se de dores fortes na fossa ilíaca direita; há 5 dias, disúria e polaciúria; atraso menstrual de 18 dias; nega perdas. Operada há 11 meses de ventre pêndulo e varizes; M.B. + 15% em setembro de 1951; tercigesta; tercipara; ciclos eumenorreicos $\frac{4-5}{28}$; última regra á 30-6-54; usou como meios anticoncepcionais, há vários anos, curativos intrauterinos, feitos por parteira, com substância irritativa. Peso 77 kilos; pressão 115x70; coração nihil; temperatura 37,7º; abdomen doloroso nos quadrantes inferiores, mais á direita, não permitindo pressão forte; palpa-se tumor sólido, bocelado, atingindo seu limite superior o nível da cicatriz umbilical, onde se constata a existência de pequeno orifício, por onde se exterioriza saco herniário doloroso. Genitais externos: afastamento discreto dos lábios vulvares, que se apresentam banhados em pequena quantidade de sangue que fluiu pela vagina; períneo com ratura do 2.º grau, cicatrizada. Assoalho pélvico frouxo, boa continência vesical e anal. Ao toque, colo uterino amolecido, útero aumentado de volume, globoso, parede de consistência rija, muito doloroso á mobilização; não se podendo aprofundar o exame, dada a reação á dor; fundos de sacos laterais e posterior, ocupados pelo tumor uterino. Exame especular. O.E. em fenda transversa, bem epitelado, por onde se escoava pequena quantidade de sangue; histerometria 11 cms; reação de Galli-Mainini no dia 17-8-54 deu resultado positivo. as) Dr. Nelson Malheiro.

Diagnóstico — Fibroma uterino; Gravidês (ectópica?); Pielite; Hérnia umbilical. **Exame pré-operatório:** TC 8' TS 2'; leucocitos 10.000; hemácias 4.000.000; Taxa de hemoglobina 78%; urina tipo I, raros leucocitos isolados e cristais de oxalato.

Operação: Realizada em 21-8-54, sob anestesia pelo nesdonal+curare+ ciclo-propano+novocaina venosa constou de: aberto o abdomen verifica-se a presença de pequena quantidade de sangue na cavidade; corpo uterino aumentado

de volume, contendo vários nódulos miomatosos, sendo o maior localizado no istmo uterino e 2 menores implantados em cada corno uterino, variando os diâmetros de 8 a 10 cm.; a trompa direita, na sua porção intersticial era ocupada por tumoração de 3x2 cm., sede de gravidês ectópica.

Anexos esquerdos normais. Praticou-se a histerectomia total, levando-se em consideração a idade da paciente e o seu passado anticoncepcional, praticado com substância irritativa do endometrio; salpingectomia dupla, e herniotomia com alguma dificuldade para a exteriorização e extirpação do nódulo localizado no istmo, na parede posterior. O pós-operatório decorreu normalmente e a paciente teve alta no 9.º dia, 30-8-54, em boas condições.

Exame anátomo-patológico: Exame macroscópico — Trompa que mede aproximadamente 10 cm. de comprimento e que ao nível da porção justa uterina se apresenta dilatada; ao corte, a esse nível, a luz acha-se ocupada por sangue coagulado e seu diâmetro atinge cerca de 1,3 cm.. Exame microscópico — Os cortes mostram trompas cuja luz se acha ocupada por sangue em meio ao qual existem vilosidades e trofoblastos. Diagnóstico prenhez da trompa. as) Dr. Roberto Aun.



Peça operatória mostrando o útero com os nódulos miomatosos, cervix e trompas, sendo a superior a sede da gravidês.

Nosso diagnóstico de fibroma e gravidês não oferecia dúvida, entretanto o mesmo não se dava quanto á sede da gravidês-tópica ou ectópica? — preferimos este último diagnóstico, dada a sintomatologia apresentada pela paciente cinco dias antes, isto é, dores fortes no baixo ventre, mais pronunciada na fossa ilíaca direita, próxima á préga inguinal impedindo locomoção; corroborados também pela sintomatologia e temperatura, fizemos o diagnóstico de pielite, o que não foi confirmado pela análise da urina.

Não há dúvida nem elementos novos a acrescentar ao diagnóstico, quer dos miomas uterinos, quer no que tange á gravidês ectópica rota, entretanto, o que sobressai no caso presente é o capítulo do diagnóstico diferencial.

Assim, como primeiro elemento a levarmos em conta, é a torção do pedículo de mioma pediculado, seguida de necrose da neoplasia. A desintegração do tecido néoplasico dá lugar a aderências ao epiploon e alças intestinais, donde a necessidade, às vezes, da ressecção de alças e epiploon; outras vezes o tumor se destaca do corpo uterino e é mantido á custa das aderências contraídas com o epiploon. Algumas vezes a torção do mioma pediculado ocasiona também a torção do útero, obstruindo o canal cervical, produzindo um hematométrio.

Os miomas sub-mucosos pediculados, quando já muito desenvolvidos, atravessam o canal cervical e se exteriorizam pelo orifício externo, acarretando a inversão do útero. Se o pedículo é grosso e resiste á contração das paredes do colo, êle continua a crescer; caso contrário entra em necrose por compressão, favorecendo o aparecimento de infecções vaginais, podendo destacar-se por destruição do pedículo; no caso do pedículo ser grosso e resistir a contração, êle continua a crescer, invade a vagina e transpõem a vulva exteriorizando-se.

A nutrição e crescimento do tumor estão na dependência da causa anterior, pois, sem irrigação não há nutrição e como consequência não haverá crescimento, mas, sim, calcificação. A rapidez do crescimento do mioma não pode ser dita de antemão. O crescimento uterino brusco e sem complicações fala a favor da existência de uma gestação, quando se trata de enfermas jovens. A degeneração cística e a necrose ocasionam também o rápido aumento do tumor. O crescimento rápido no período da menopausa ou logo após ela, depende algumas vezes da sua degeneração cística ou sarcomatosa.

Manifestações clínicas — os miomas necrosados tornam-se moles, sua côr rosa forte de início passa ao roxo pardo, ao azul ou azul preto, quando há extravazamento de sangue. A necrose se traduz clinicamente por dôres que aparecem bruscamente e podem alcançar grande intensidade. Quando se necrosa um mioma subseroso, não tardam a produzir-se fenômenos de irritação peritonial; a febre é um sintoma constante, em geral moderada. A necrose não se relaciona com a infecção, porém, cria condições muito propícias para que os tecidos se infectem secundariamente.

Degeneração mixomatosa — dá lugar á liquefação do tecido, podendo afetar tôda a neoplasia e crescer rapidamente devido ao edema simultâneo, sendo o diagnóstico diferencial com a ciste de ovário muito difícil.

Degeneração sarcomatosa — tanto o tecido conjuntivo intersticial como o muscular miomatoso podem sofrer a degeneração sarcomatosa. O crescimento rápido de um tumor após a menopausa fala em favor da existência de um sarcoma.

Durante a gravidez e ainda mais durante o parto o mioma, devido á hiperemia e ao edema se torna mole e depressivo.

Sintomas. Alguns miomas podem alcançar 15 ou 20 cms. de diâmetro sem dar lugar a transtornos de espécie alguma, sendo descobertos ás vèzes por casualidade. Todavia, o mioma em evolução produz sintomas cada vez mais intensos, sendo o principal a hemorragia menstrual exagerada e prolongada, sendo mais intensa nos tumores sub-mucosos, alcançando a anemia ás vèzes graus elevados, que põem em perigo a vida da mulher.

A supuração e necrose do mioma vêm precedidas de hemorragias intensas, que cedem quando esses processos se instalam completamente. Os coágulos escuros misturados a sangue líquido indicam que o sangue estagnou-se em uma cavidade e teve tempo de coagular-se. A aparição brusca de dôres é típica da torção do pedículo e da necrose. As dôres que se exacerbam com a marcha prolongada, com a defecação difícil ou ao deitar-se de um lado, podem ser devidas a aderências que exercem trações sobre o peritônio.

Diagnóstico diferencial — com a inversão uterina total só ou combinada ao mioma — Esta possibilidade fica excluída quando se pode demonstrar pela exploração combinada que o fundo do útero conserva a sua posição normal. O fluxo fétido e a febre nos casos de mioma sub-mucoso indicam a supuração da neoplasia. O câncer do corpo do útero, em mulheres idosas, pode ocasionar grande aumento do órgão, com múltiplas proeminências sub-serosas. Com a metropatia hemorrágica, na qual o útero está duro e ás vèzes muito aumentado, podendo apresentar irregularidades na superfície.

Gestação — mioma ou gestação intra-uterina — nos primeiros meses o aumento de volume da metade do útero, onde se abriga o ovo, dá lugar a uma proeminência da parede uterina; (sinal de Piskacek) nos terceiro e quarto meses de gestação, a palpação pode determinar no útero múltiplas contrações parciais, que dão ao dedo que explora a sensação de nódulos duros, análogos ao miomas. A confusão é mais fácil se há hemorragia provocada por aborto. Se a enferma estava em observação há tempo, tem-se a segurança que ficou grávida quando o tumor aumentou de tamanho com rapidez; exagera-se a polaciúria e as hemorragias são substituídas por amenorréia. Ao contrário, quando se vê a paciente pela primeira vez estando já grávida, pode ser muito difícil diagnosticar a gestação incipiente, ainda mesmo depois de aberto o ventre. O teste biológico da gravidez esclarece o diagnóstico antes da operação.

O diagnóstico com tumores ováricos é mais difícil nos casos de grandes miomas, quando cresceram de tal maneira fora do útero que surgem dúvidas sobre sua origem uterina e sobre suas conexões com tal órgão. Quando se pode palpar o útero, que conserva forma e tamanhos normais, haverá muita probabilidade de

que o tumor que se palpa a seu lado não seja um fibroma. O contrário ocorre quando na superfície do útero se apreciam vários nódulos miomatosos. Este dado por si só não assegura o diagnóstico, porque os tumores ováricos se combinam frequentemente com miomas do útero: os miomas são duros, consistentes e os tumores ováricos moles e elásticos; às vezes os miomas são moles (mioma cístico, necrose) e os tumores ováricos podem ser duros, até praticarmos a prova de mobilização do útero: quando se move o tumor desfaz-se muitas vezes a dúvida.

O diagnóstico diferencial com os tumores anexiais inflamatórios (piosalpinge, pioovário, tumores por conglomeração) é feito, em geral, com facilidade se o útero não apresenta alterações ou está aumentando por metrite. Ao contrário, a existência de mioma ou tumores anexiais pode ser de muito difícil diagnóstico se os últimos estão muito ligados ao útero, que são confundidos com nódulos sub-serosos; a anamnese, a imobilidade determinada por aderência, o fluxo, devem despertar suspeitas sobre a existência de complicação inflamatória, que serão maiores se houver febre, que também pode ser determinada por mioma em necrose ou supuração. Neste caso é importante a anamnese. Se existe um processo inflamatório agudo num mioma ou suas proximidades, a reação da velocidade de sedimentação acusa-o de um modo seguro.

Quando há gestação ectópica, ao tacto se obtém a impressão de existir um tumor anexial, enquanto o ovo permanece no interior da trompa. Se coexiste um útero miomatoso e unido á tumoração, poderá ser tomado por um nódulo miomatoso a mais. Prolongando a observação, pode-se esclarecer o diagnóstico, porque o hematoma se estende ao fundo de saco de Douglas.

Nem sempre isto se dá, como foi o nosso caso. Dado o tamanho do mioma em relação á trompa sede da gravidez, conforme se verifica na fotografia, não havia possibilidade de determinar-se a sua separação, ou melhor, ser palpada isoladamente do tumor uterino; ainda mais, a perda sanguínea era pequena pois se conservava intacta a trompa, de modo que não havia repercussão nos fundos de saco vaginais. Tanto assim, que no exame não constatamos a presença da dor forte, tão comum, nos casos de inundação sanguínea do Douglas.

Diante do exposto, em conclusão, verifica-se a dificuldade de estabelecer-se um diagnóstico preciso, pré operatório. A indicação primária, a nosso ver, consiste na indicação da intervenção cirúrgica imediata, como foi por nós proposto á nossa paciente e aceito pela mesma.

Lesiones ano rectales por empalamiento (*)

DR. JORGE LUÍS CURUTCHET

Ex-estagiário do Sanatório São Lucas. Tandil, Argentina.

Se denomina "empalamiento" una forma de tortura de prisioneros utilizadas habitualmente en Turquía y empleada en las guerras y persecuciones religiosas de Francia e Italia a fines de la Edad Media y principios de la Moderna y que consistía en obligar a los prisioneros a saltar desde los alto de las torres sobre las picas y lanzas enhiestas de los soldados. Esta tortura persistió y se practicó hasta hace poco por los mahometanos de Asia y Africa quienes espetaban a los criminales como se coloca un ave al asador e a "lo spiedo". El Barón de Larrey, cirujano de Napoleón, en la campaña de Egipto fué testigo y relató las torturas y agonía durante cinco horas, de un árabe convicto do asesinato del Mariscal Kleber, a quién se aplicó el empalamiento como última pena.

Por extensión se denomina "empalamiento" a las lesiones ano rectales producidas por agentes vulnerantes, generalmente agudos o punzantes, que alcanzan al periné en dirección infero-superior u oblicúa de abajo y atrás a arriba y adelante; el mecanismo más frecuentemente observado en la caída, de nalgas, desde cierta altura, sobre un objeto agudo, inmóvil, que en nuestros casos fueron el asta aguda de una verja, una piedra afilada y una horquilla de juntar pasto, respectivamente. En otros casos, es el elemento vulnerante el que alcanza al paciente, como sucedió en nuestra cuarta paciente, una niña que fué golpeada por la "uña" del paragolpe de un automotor, y en otras circunstancias en que el empalamiento es causado por la acción de astas o cuernos del galado.

La conformación infundibuliforme del periné masculino, en que las partes blandas (nalgas) y el esqueleto (isquiones y sacro) forman planos de deslizamiento que dirigen los agentes vulnerantes hacia la región anal, favorecen este tipo de lesiones. Por otra parte, en la región perineal el ano es el lugar más depresible y de menor resistencia, rodeado de fuertes formaciones fibrosas, que lo hace más vulnerable aún.

La disposición anatómica del recto con sus curvadoras y la existencia de una porción intraperitoneal y otra extraperitoneal nos

hacen distinguir dos tipos de lesiones, do mecanismo, manifestaciones clínicas, pronóstico y terapéutica completamente diferentes. Modificando y ampliando la clasificación de Conway yo distingo dos tipos de empalamiento: 1.º formas típicas, en que el agente vulnerante penetra a través del ano y perfora el recto *de adentro afuera*, generalmente en su porción intraperitoneal, con el consiguiente riesgo de contaminación peritoneal y lesiones de órganos vecinos (vejiga, anexos femeninos, intestino, riñón y hasta la cúpula diafragmática). En estas formas se observa una disparidad entre las manifestaciones locales, que pueden faltar o reducirse a una discreta proctorragia, y los graves síntomas generales (dolor, shock, contracción abdominal, peritonitis, etc.) que obligan a una terapéutica quirúrgica de urgencia. 2.º formas atípicas, en que la lesión originada en el periné o las proximidades del ano, perforan a este o al recto, en su porción extraperitoneal *de afuera adentro*, se acompañan de desgarros y lesiones de las partes blandas del periné o del anillo pelviano, de la uretra, vaginavagina o vejiga. Estos casos, con ostensibles lesiones locales y moderada repercusión general, son de pronóstico mucho más favorable.

CASUÍSTICA

1.º caso: El primer caso que tuve ocasiones de examinar, ocurrió en Abril de 1936. Se trataba de un empleado municipal, encargado de la poda de árboles en la plazoleta situada enfrente del Hospital Rawson de Buenos Aires. Para alcanzar las porciones más altas de un árbol, apoyó un pie en la escalera y otro en una rama, al quebrarse ésta bajo su peso precipitó sobre el asta de hierro de la verja quedando espetado en la misma, a 2 y medio metros de altura. De inmediato concurrimos para auxiliarlo y sacarlo de la crítica posición en que se encontraba, lo que demandó grandes esfuerzos por la altura en que se hallaba y la dificultad de encontrar puntos de apoyo. Trasladado enseguida al Serviço del Profesor Dr. Ricardo Finochietto, en la que yo actuaba, se examinó encontrándose una extensa laceración de la región anobulbar, contaminada con materias fecales. Previo tratamiento sumario de su shock y con raquianestesia, se debridó la laceración perineal agrandándola hacia los costados (como para prostatectomía perineal) encontrándose que las lesiones se dirigían arribá y adelante, hacia la vejiga y fondo de saco de Douglas; a través de esta incisión pudo cerrarse una brecha de la cara posteroinferior de la vejiga y suturar la herida, del recto y del esfínter, colocando un drenaje de gasa a lo Mickulicz en el espacio vésico rectal. Se procedió a cambiar de instrumentos y a colocar al paciente en decúbito dorsal y a efectuar una laparatomía mediana infraumbilical. Se examina la cavidad abdominal y la porción intraperitoneal del recto sin encontrar lesiones, por lo que se cierra el

peritoneo y se levanta el fondo de saco encontrando el espacio prevesical lleno de líquido y coágulos que se aspiran. Se halla entonces un desgarró irregular en la cara anterior de vejiga que se sutura en dos planos. Se colocan dos cigarrillos en el espacio prevesical y se cierra la laparotomía. Sonda vesical permanente, prontosil, dos ampollas diarias. El post-operatoria fué algo accidentado, febril y con una parálisis intestinal pasajera y una fístula urinaria que requirió la permanencia de la sonda vesical. Los drenajes prevesicales y el Miculicz se extrajeron a los seis días y poco a poco todo fué entrando en órden.

2.º caso: O. L. italiano de 27 años. El 17-IX-48, en una tentativa de suicidio se infiere una herida precordial izquierda con un corta papel, que solo interesa los planos superficiales. A las 20 horas, se arroja desde una cantera de unos 10 metros de altura y cae sobre una piedra filosa, produciéndose las siguientes lesiones: escaso shock, no hay pérdida de conocimiento; gran herida desgarrada en periné y nalga izquierda, que pasa por el esfínter anal, desgarró el elevado del ano izquierdo y fractura del coxis, cuya punta asoma por los bordes de la herida. Heridas cortantes en región precordial izquierda y muñeca izquierda, erosiones y equimosis varias.

El 17-IX-48 a las 22,30 hrs. lo intervengo asistido por el Dr. Bordón. Anestesia local; se extirpa el coxis completando su fractura espontánea; sutura de los bordes del esfínter y del elevador de ano, regularización de los bordes de la herida y colocación de un drenaje a lo Miculicz, después de espolvorear la brocha con sulfamidas. Se indica: morfina, penicilina y suero antitetánico.

Evolución: al día siguiente micción espontánea de orina clara, buen estado general y apetito. No hay dolor. 22-IX-48, no hay temperatura, se aplica una enema y evacúa el vientre; buen control esfinteriano.

24-IX-48, se extrae el Miculicz, heridas granulantes de buen aspecto, se levanta. 29-IX-48, alta, a pedido del paciente, para trasladar-se a Buenos Aires. Posteriormente he tenido noticias que ha quedado muy bien.

3.º caso: S. G. argentino, de 23 años, peón. El 24-II-49 a las 12 horas salta de una parva a un montón de pasto y cae con los pies sobre el cabo de una horquilla de tres dientes que se endereza y se clava en el periné y la nalga. Al perder pié y caer de espaldas aumenta la penetración del instrumento. Auxiliado por sus compañeros que le extraen la horquilla, lo trasladan enseguida a Tandil. Lo examino a las 15 horas, concurre caminando, con escaso dolor y sin shock, pulso 76x', temperatura axilar 36.4. En la fosa isquiorrectal izquierda hay una herida punzante situada a 3 cms. del ano; otro orificio similar en la nalga derecha y una erosión superficial

en la cara externa del glúteo derecho. Se practica un tacto rectal, ligera contractura esfinteriana, dolor del lado izquierdo y el dedo sale manchado de sangre; se procede a efectuar la rectoscopia, encontrándose sangre en el recto, que se esponja; se observa entonces una herida de un centímetro de extensión situada a unos cinco centímetros del ano, que sangra moderadamente pero que cede al taponamiento.

Se decide adoptar una conducta expectante; cibazol, seis comprimidos diarios. penicilina, 50.000 unidades cada 4 horas, suero antitetánico, laúdano, 40 gotas 3 por día.

Evolución, buena, a los dos días apirético, elimina los gases sin dificultad. 27-II-50: Tacto rectal indoloro y sin sangre, tiene deseos de evacuar el intestino, se facilita la exoneración con un pequeño enema. Alta a su domicilio. 3-III-50: siguen bien, alta definitiva.

4.º caso: Celia P. de 7 años de edad. El 7-II-53 a las 11,30 horas es atropellada por un automotor que la alcanza en la nalga con un objeto punzante (uña del paragolpe). Momentos después la traen al Hospital Santamariana en el siguiente estado: conmoción cerebral y amaurosis, gran excitación; contusiones y heridas de la cara, especialmente del lado derecho, Traumatismo complejo de la pelvis; heridas desgarradas en el periné que interesan el esfínter anal la vulva y el orificio uretral, los cuales se encuentran prácticamente desprendidos de las estructuras yecinas. Fractura del anillo pelviano, diastasis pubiana, subluxación sacroiliaca derecha y fractura del izquifon derecho. Shock. Se instituye: penicilina, transfusión, suero, vitamina C, tonicardíacos. Evolución: la amaurosis y el shock pasan en 24 horas. Existe incontinencia anal y vesical.

10-II-53: 1.ª intervención (Dr. Cereseto) con anestesia general se reconstruye el periné, suturando el esfínter anal y rehaciendo la vulva y vagina, y reponiendo el orificio uretral en su lugar; se coloca una sonda permanente en la vejiga.

15-II-53: 2.ª intervención (Dr. Curutchet) con anestesia general se coloca en la mesa ortopédica en decúbito lateral derecho sobre una cincha, con lo que se reduce la diastasis pubiana y la subluxación sacroiliaca y se confecciona un calzón enyesado hasta las rodillas.

20-II-53: Sigue bien, el esfínter anal es tónico y regula la expulsión de gases y materias. Alta a su domicilio.

27-II-53: Heridas perineales cicatrizadas. Movilización de los miembros inferiores. 10-III-53: Sequita el calzón enyesado, la disyunción pubiana está consolidada, heridas cicatrizadas, no hay incontinencia vesical.

23-III-53: deambulacion normal. Solo han quedado dos pliegues anales exuberantes como única señal de sus lesiones perineales. Alta definitiva.

Además de estos cuatros casos de empalamiento atípico que, de acuerdo a lo expuesto al principio, evolucionaron muy bien pese a la aparente gravedad de las lesiones, hay un tipo de empalamiento que poderíamos denominar "iatrógeno" o sea producido por el cirujano; son las perforaciones rectales que se producen en el curso de exámenes o procedimientos endoscópicos, que no deben ser tan excepcionales por cuanto todos los autores mencionan como posibles riesgos de la rectosigmoideoscopia, sobre todo cuando se efectúa en intestinos con alteraciones de sus paredes, de su forma o de su situación. Aunque, lógicamente no son eventualidades que se publiquen, merecen por lo menos un comentario, para ilustración y enseñanza de los jóvenes colegas. Personalmente he tenido ocasión de presenciar dos casos de esta naturaleza. El primero ocurrió en el Hospital Rawson durante la extracción de un bolo fecal a través del rectosigmoideoscopio gigante de Enriquo Finochietto. En un momento dado el médico actuante sintió que la cureta, libre de resistencia periférica, caía como en el vacío y enseguida el campo visual se llenó de sangre, por lo que el cirujano retiró el aparato y sin pérdida de tiempo trasladó al paciente a la sala de operaciones. A través de una laparatomía mediana infraumbilical se pudo visualizar el desgarramiento rectal y suturarlo en dos planos, cubriéndolo luego con el peritoneo del fondo de saco de Douglas. La evolución del caso transcurrió sin incidentes. El otro caso le sucedió a un colega que al practicar una rectoscopia en un cáncer restosigmoide perforó la pared rectal a la altura del tumor. Intervenido de inmediato y ante la dificultad de ocluir la brecha por la friabilidad e infiltración de la pared rectal, y dada la naturaleza de las lesiones, optó por confeccionar un ano a lo Devine, con divorcio de los extremos, según la técnica de Ricardo Finochietto, y colocar un drenaje en cigarrillo del Douglas. Tengo noticias que esta contingencia evolucionó favorablemente.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.º) Se recuerda el origen del término "empalamiento" y se mencionan el mecanismo y la naturaleza de las lesiones ano-rectales por empalamiento.
- 2.º) Se describen las formas típicas y atípicas de empalamiento, haciendo resaltar el diferente origen, sintomatología, gravedad, pronóstico y conducta terapéutica en uno y otro caso y la necesidad de un reconocimiento y la necesidad de un reconocimiento y diagnóstico diferencial precoz y correcto.
- 3.º) Se comentan los empalmientos "iatrógenos" o perforaciones rectales en el curso de los exámenes y procedimientos endoscópicos.
- 4.º) Se relatan cuatro historias clínicas de empalmientos atípicos, traumáticos y dos casos de perforaciones rectales iatrógenas.

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Operações realizadas durante o ano de 1954

A

Abertura de abcesso subcutâneo	84
Abertura de abcesso de fígado	3
Abertura de panarício	11
Adenectomia	8
Alcoolização do pré-sacro	36
Amigdalectomia	9
Amputação de artelho	4
Amputação de braço	1
Amputação de colo uterino	6
Amputação de dedo	12
Amputação de falange	9
Amputação de pé	1
Amputação de perna	1
Anastomose esôfago-gástrica	1
Anastomose porto-cava	1
Apendicectomia	415
Aplicação de forceps	49

B

Biópsia (várias)	19
Biópsia do colo do útero	6
Biópsia do epiploon	1
Biópsia do fígado	9
Biópsia de tumor da mama	3
Biópsia de tumor do pâncreas	1
Biópsia de tumor do rim	1

C

Catarata (operação de)	1
Cauterização do colo uterino	49
Cauterização de condiloma	2
Cauterização de neve	2
Cecostomia	1
Cesárea	65
Cistostomia	1
Circuncisão	41
Colecistectomia	83

Colecistendese	3
Coledocorráfia	1
Coledocotomia	3
Colostomia	1
Colpoperineorráfia	30
Colporrafia	6
Comissurectomia	1
Correção de estrabismo	1
Costotomia	2
Criptorquidia	1
Curetage (restos ovulares)	216

D

Debridamento de fístula	29
Desinvaginação intestinal	1
Diverticulectomia	1
Drenagem do colédoco	1

E

Enterorráfia	1
Enterostomia	2
Epididimectomia	1
Episiotomia	7
Esplenectomia	3
Evasiamento de fecaloma	2
Extirpação de bursite	1
Extirpação de ciste do cordão	9
Extirpação de ciste dermoide	13
Extirpação de ciste da mama	17
Extirpação de ciste do maxilar	1
Extirpação de ciste do ovário (ser. sem. lút.)	61
Extirpação de ciste sebácea	118
Extirpação de ciste sinovial	12
Extirpação de ciste tireoide	1
Extirpação de fibroadenoma do seio	1
Extirpação de gânglio axilar	1
Extirpação de glândula de Bartholin	11
Extirpação de hemangioma	1
Extirpação de lipoma	27
Extirpação de neurinoma	1
Extirpação de nevus	3
Extirpação de queloides	2
Extirpação de tumor do esôfago	1
Extirpação de tumor da face	1
Extirpação de tumor do grande lábio	1
Extirpação de tumor da parótida	2
Extirpação de tumor da perna	1
Extirpação do tumor do pescoço	1
Extirpação de tumor do retroperitônio	1
Extirpação de tumor suprarenal	1
Extirpação de tumor da vagina	1
Extração de corpo estranho	31
Extração de dentes	5
Extração de placenta	2
Extração de unha	19
Extração de verruga	27

F

Flebectomia	6
-------------------	---

G

Gastrectomia total	1
Gastroduodenectomia parcial	153
Gastroenteroanastomose	2
Gastroesofagostomose	1
Gastrojejunostomia	1
Gastrostomia	2
Grande extração	2

H

Hemicolectomia	1
Hemorróides	51
Hérnia	161
Histerectomia	49
Histeropexia	35

I

Inversão da vaginal	13
---------------------------	----

L

Laparotomia verificadora	37
Libertação de aderências	14
Lipectomia	16

M

Mastectomia	5
Miniscectomia	2
Microcesárea	3
Miomectomia	10

N

Nefrectomia	3
Nefrocolopectia	2
Nefropexia	1
Nefrotomia	3
Neurolise do cubital	1

O

Ooforectomia	9
Orquidopexia	2
Osteosíntese da tíbia	1

P

Pancreatomia	1
Paracentese	6
Parafimose	2
Perineorrafia	51
Pielotomia	1
Plásticas diversas	7
Plásticas da glândea	1
Plásticas da mama	1
Plásticas da mão	1
Plásticas do pênis	2
Pleurocentese	5

R

Reconstituição de parede	25
Ressecção intestinal	5
Ressecção de joanete	1
Ressecção parcial de epiploon	2
Retirada de sequestro	1

S

Safenectomia	38
Salpingectomia	52
Salpingoplastia	4
Salpingotomia	44
Secção do freio da língua	1
Secção do freio do prepúcio	7
Sigmoidectomia	1
Simpatectomia	2
Sindactilia (plástica)	1
Suturas (por ferimento)	156
Suturas do ceco	1
Suturas do colo uterino	2
Suturas do hiato do esôfago	1
Suturas da língua	1
Suturas secundária	14
Suturas do tendão	5

T

Talha hipogástrica	1
Toracolaparctomia	1
Toracotomia	3
Tireoidectomia	27
Tunelização	18

U

Ureterotomia	1
--------------------	---

V

Versão	3
Vulvectomia	2